



Применение комбинированных препаратов как подход комплексной терапии воспалительных заболеваний глотки

С.Я. Косяков, Е.В. Пчеленок[✉], Х.С. Усманова

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Возникновение различных патологий со стороны лор-органов все еще остается одной из актуальных проблем во всемирном здравоохранении. Частое проявление нежелательных патологий приводит к необходимости изменять методики лечения, а порой и привносить новое в медицинскую помощь, оказываемую больным. Исследователи Центра медицинской статистики ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», проведя подробный анализ деятельности оториноларингологических отделений в медицинских организациях по городу Москве, выяснили, что в 2022 г. число всех обращений к врачам-оториноларингологам превысило 4,5 млн, из которых в 45,7% случаев обращались дети, а в 54,2% – лица старше 18 лет. Профилактическое обращение пациентов к врачам за 2018–2022 гг. увеличилось с 29,3 до 37,8%. Инфекционно-воспалительные заболевания полости рта и глотки относятся к числу наиболее распространенных заболеваний лор-органов. Именно поэтому предлагают новые варианты лекарственной терапии, которые будут наиболее эффективными. Одним из таких вариантов терапии является комплексный препарат Лоротрицин®-Алиум, показавший свою эффективность и благоприятный профиль безопасности в лечении заболеваний лор-органов. В обзорной статье на основании нашего опыта и данных литературы разбираем проблему лечения пациентов с болью в горле при остром тонзиллофарингите, ларингите, гингивите, стоматите.

Ключевые слова: патология глотки, стоматит, тонзиллит, фарингит, гингивит, комбинированные препараты, тиротрицин, бензокаин, бензалкония хлорид

Для цитирования: Косяков С.Я., Пчеленок Е.В., Усманова Х.С. Применение комбинированных препаратов как подход комплексной терапии воспалительных заболеваний глотки. *Consilium Medicum*. 2024;26(3):147–152. DOI: 10.26442/20751753.2024.3.202664

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

REVIEW

The use of combined drugs as a component of complex therapy of inflammatory diseases of the pharynx: A review

Sergey Ya. Kosyakov, Ekaterina V. Pchelenok[✉], Khava S. Usmanova

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

Abstract

Unfortunately, the occurrence of various pathologies in the ENT organs still remains one of the pressing problems in global healthcare. The frequent manifestation of unwanted pathologies forces us to change methods, and sometimes to introduce something new into the medical care provided to patients. Researchers from the Center for Medical Statistics of the Scientific Research Institute of Medical Sciences and Medical Research, Moscow Health Department, having conducted a detailed analysis of the activities of otorhinolaryngological departments in medical organizations in the city of Moscow, found that in 2022 the number of all visits to otorhinolaryngologists exceeded 4.5 million, of which 45.7% were children, and 54.2% were committed by persons over 18 years of age. Preventive visits of patients to doctors for 2018–2022 increased from 29.3 to 37.8%. Infectious and inflammatory diseases of the oral cavity and pharynx are among the most common diseases of the ENT organs. Given the proliferation, development of technology and possible tensions, they still remain a pressing issue. That is why various new options for drug therapy are being proposed that would be most effective, and one of these new drugs is Lorothricin, a combination drug that has shown itself to be the best in a number of studies and clinical cases. In a review article, based on our experience and literature data. We present the problem of treating patients with sore throat due to acute pharyngitis, tonsillitis and gingivitis.

Keywords: pharynx pathology, stomatitis, tonsillitis, pharyngitis, gingivitis, combination drugs, tyrothricin, benzocaine, benzalkonium chloride

For citation: Kosyakov SYa, Pchelenok EV, Usmanova KhS. The use of combined drugs as a component of complex therapy of inflammatory diseases of the pharynx: A review. *Consilium Medicum*. 2024;26(3):147–152. DOI: 10.26442/20751753.2024.3.202664

Введение

Около 10–30% людей ежегодно обращаются за медицинской помощью из-за боли в горле, нередко сильной, затрудняющей процесс глотания. Боль в горле может быть как следствием действия неинфекционных агентов (приема горячей пищи, перенапряжения голосового аппарата и т.д.),

так и проявлением инфекции, поражающей слизистую оболочку верхних дыхательных путей. При повреждении слизистой оболочки ротоглотки и небных миндалин облегчается инвазия инфекционных патогенов в ткани, что приводит к воспалению с экссудацией и отеком и проявляется болью при глотании, гиперемией ротоглотки и по-

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]**Пчеленок Екатерина Витальевна** – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: epchelenok@yandex.ru

Косяков Сергей Яковлевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: Serkosykov@yandex.ru

Усманова Хава Сайдхусейновна – клин. ординатор каф. оториноларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: usmanova7494@mail.ru

[✉]**Ekaterina V. Pchelenok** – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: epchelenok@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-1021-5403

Sergey Ya. Kosyakov – D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: Serkosykov@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-7242-2593

Khava S. Usmanova – Clinical Resident, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: usmanova7494@mail.ru; ORCID: 0009-0000-4832-5881

вышением температуры. Поэтому целесообразно отдавать предпочтение препарату, не только устраняющему клинические симптомы инфекции, такие как боль и гиперемия, но и действующему этиотропно (непосредственно на патогенный агент, вызвавший инфекцию) и патогенетически, т.е. купируя воспалительный процесс и, как следствие, облегчая основные симптомы заболевания [1].

Этиология и патофизиология воспалительных заболеваний ротовой полости и глотки

Основными жалобами, с которыми обращаются больные фарингитом и тонзиллитом, являются першение, дискомфорт в горле, боль, усиливающаяся при глотании, и лихорадка. Острый фарингит примерно в 50–80% случаев имеет вирусную этиологию (преимущественно риновирус, вирус гриппа, аденовирус, коронавирус и вирус парагриппа). Вирусными патогенами, вызывающими воспалительные заболевания глотки, могут выступать энтеровирусы (вирус Коксаки), вирус герпеса, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирусы [2].

В более тяжелых случаях, как правило, наблюдается присоединение бактериальной флоры вторично к вирусной инфекции, однако лишь 15% случаев фарингита обусловлено бактериальной инфекцией.

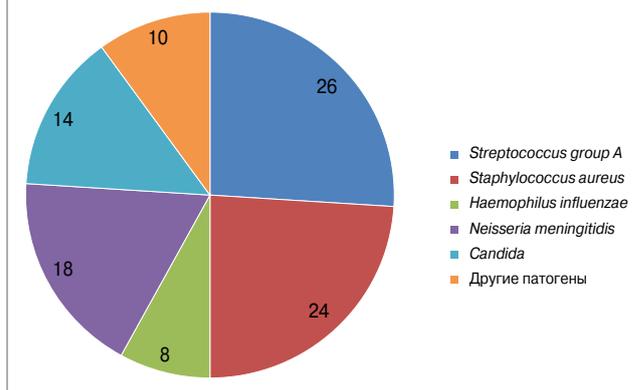
Важным фактором в возникновении воспалительных заболеваний глотки является ее первоначальная обсемененность условно-патогенной микрофлорой: грамположительными, грамотрицательными, анаэробными микроорганизмами, включая их симбиотические отношения в составе биопленок, и грибами.

К облигатным (патогенным) микроорганизмам, обнаруживаемым на стенках глотки и небных миндалин, относятся золотистый стафилококк, гемолитические стрептококки, пневмококки, грамотрицательные бактерии кишечной группы. При этом в лакунах небных миндалин транзиторной считается большей частью именно кокковая микрофлора; рис. 1 [3].

Наиболее распространенным бактериальным агентом, вызывающим тонзиллофарингит, является β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), который вызывает от 5 до 36% случаев острого воспаления глотки [4]. Кроме того, в патогенезе острых воспалительных заболеваний глотки участвуют такие бактериальные агенты, как стрептококки группы В и С, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Candida*, *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*.

С помощью современных высокоинформативных методик, а также с учетом эпидемиологических данных установлено, что у детей младше 3 лет острый тонзиллит в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную этиологию. Бактериальный тонзиллит у детей до 2 лет встречается лишь в 3% случаев, у детей старше 12 лет доля стрептококкового тонзиллита составляет 48%. В подростковом возрасте у 2/3 заболевших детей поражение небных миндалин имеет вирусную природу (аденовирус, вирус Коксаки, респираторный синцитиальный вирус, вирус Эпштейна–Барр) и лишь в 25–30% – бактериальную, обусловленную преимущественно (90–95%) БГСА [5]. Среди вирусных поражений небных миндалин преобладающими в равных долях являются аденовирусные инфекции и инфекции, обусловленные вирусом Эпштейна–Барр [6]. Заболеваемость хроническим тонзиллитом увеличивается с возрастом и в 18–20 лет составляет до 30%, хотя наибольший вклад вносит группа часто болеющих детей, в которой данное заболевание составляет 43% [7]. Зная точки приложения бактериального агента в организме, можно планировать дальнейшую тактику выбора препарата. Например, стрептококк содержит так называемый белок М и С5а-пептидазу, ингибирующие фагоцитарные реакции. Кроме того, данный тип бактерий защищен капсулой из

Рис. 1. Примерный дисбиоз полости ротоглотки у пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией, %.



гиалуроновой кислоты, которая соответствует соединительной ткани хозяина и предотвращает типичный иммунный ответ.

Некоторые бактерии вырабатывают экзотоксины, которые могут усилить локальное повреждение тканей или вызвать серьезные системные проявления [5]. Таким образом, совокупность факторов вирулентности бактериальных агентов диктует необходимость добавления в схему терапии антибиотика.

В свою очередь, при вирусном поражении вирусы получают доступ к клеткам слизистой оболочки глотки и реплицируются в этих клетках, приводя к выработке медиаторов воспаления, которые раздражают нервные окончания, находящиеся в стенке, что приводит к возникновению боли.

Острый ларингит характеризуется воспалением гортани и опасен осложнением в виде развития ее острого стеноза. Как правило, пациенты обращаются к врачу из-за першения в горле, грубого «лающего» кашля, одышки и лихорадки. Наиболее часто причинно-значимыми возбудителями острого обструктивного ларингита являются респираторные вирусы, причем до 80% случаев крупа обусловлено вирусом парагриппа.

Кроме того, боль в глотке может быть частью симптомокомплекса других серьезных заболеваний, включая паратонзиллярный абсцесс, эпиглоттит, болезнь Кавасаки и др.

Необходимо отметить, что заболевания полости рта также могут служить причиной обращения пациентов к врачу, как к оториноларингологу, так и к терапевту, что диктует необходимость знаний этиологии и проявлений данных патологий.

Боль в глотке может быть следствием воспаления и язв полости рта при стоматите, которые могут быть легкими и локализованными или тяжелыми и распространенными. Стоматит может проявляться отеком и покраснением слизистой оболочки полости рта или отдельными болезненными язвами, он может быть вызван местной инфекцией, физическими или химическими раздражителями, аллергической реакцией или быть следствием системных заболеваний [8]. В клинической практике часто встречается рецидивирующий афтозный стоматит (РАС, рецидивирующие афтозные язвы), имеющий аутоиммунную природу с нарушением клеточного и гуморального иммунитета. Причиной могут быть и вирусные инфекции, например вирус простого герпеса, другие инфекционные агенты (грибы и бактерии), травмы, табак, а также раздражающие продукты или химические вещества, химиотерапия и лучевая терапия [9].

К той же категории относится воспалительное заболевание десневой ткани, известное как гингивит, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, нередко их сочетанием, чаще всего вызываемое бактериальной инфекцией вследствие неудовлетвори-

тельной гигиены полости рта. К микроорганизмам, более тесно связанным с этиологией гингивита, относятся виды *Streptococcus*, *Fusobacterium*, *Actinomyces*, *Veillonella*, *Treponema*, *Bacteroides*, *Capnocytophaga* и *Eikenella* [10]. Изменение матрикса соединительной ткани, расположенной рядом с сосудами, приводит к скоплению фибрина в этой области. Происходит разрушение коллагена, вызванное коллагеназой и другими ферментами, секретируемыми нейтрофилами. На этой стадии около 5–10% соединительной ткани занято воспалительным инфильтратом [11]. Преобладающими воспалительными клетками являются лимфоциты, которые составляют 75% общего количества, а также макрофаги. Воспалительные изменения и бактериальная инфекция начинают поражать поддерживающие ткани зубов и окружающие структуры, такие как десна, периодонтальная связка и альвеолярная кость, что приводит к их разрушению и в конечном итоге – к потере зубов [12].

Лечение

Формирование правильной лекарственной политики с оптимизацией применения антибактериальных средств остается главной задачей клиницистов в лечении воспалительных заболеваний глотки и полости рта.

По рекомендациям Американского общества инфекционных болезней, бактериальное воспаление можно подозревать при персистенции клинических признаков более 10 дней, усилении симптомов первично вирусной инфекции на 3-и сутки или после кратковременного улучшения, при новом пике симптомов. Однако необходимо понимать, что четкого временного разграничения вирусной и бактериальной фазы не существует [13].

Как мы уже упоминали, самым частым бактериальным возбудителем патологических процессов в глотке является БГСА, выявление которого диктует необходимость не только купирования воспаления и облегчения основных симптомов заболевания, но и немедленного назначения рациональной антибиотикотерапии (в настоящее время БГСА сохранил чувствительность ко всем β -лактамам антибиотикам), а также применения местных комбинированных препаратов.

При вирусных и нестрептококковых заболеваниях глотки на первый план выходит назначение местной терапии, главными целями которой являются купирование воспалительных явлений в глотке, уменьшение выраженности болевого синдрома и предотвращение распространения воспалительного процесса по дыхательным путям. Системная антибактериальная терапия (АБТ) неэффективна в отношении вирусных тонзиллофарингитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию.

Таким образом, при лечении заболеваний глотки и ротовой полости необходимо решить следующие задачи: воздействовать на этиологический фактор, купировать воспаление и болевой синдром у пациента, улучшить самочувствие и предупредить развитие осложнений, а также рецидивирования и хронизации заболевания.

Следует провести разностороннюю оценку возможных вариантов терапии. Необходимо выбрать форму лекарственного препарата для топической терапии. Например, применение спрея позволяет быстро доставить действующее вещество к очагу воспаления, но преимущественно в область задней стенки глотки, тогда как применяя таблетки для рассасывания, можно добиться высокой концентрации действующего вещества с большим периодом экспозиции и в ротовой полости, и в ротоглотке.

В настоящее время внимание фармакологов привлекают комплексные препараты местного действия для достижения большего эффекта от терапии, решения части вопросов безопасности препаратов системного применения, удобства пациента, а также повышения приверженности

к лечению, чему уступает назначение одновременно нескольких монопрепаратов. Активное влияние таких препаратов на отдельные звенья патологического процесса и минимальное количество нежелательных проявлений позволяют определять их группой выбора, учитывая их соответствие наиболее важным требованиям к фармакологическим препаратам – сохранение максимальной эффективности в сочетании с безопасностью, доступностью и легкостью в применении. Кроме того, подбор фармакологических средств должен проводиться среди препаратов, которые будут соответствовать требованиям адекватной эмпирической терапии вне зависимости от возбудителя (будь то бактериальная, вирусная или грибковая инфекция). Данный пункт особенно важен с точки зрения оказания амбулаторной медицинской помощи, так как в условиях первичного приема в большинстве случаев не представляется возможным точно идентифицировать возбудителя, и лечение проводится эмпирически [14]. Наличие противомикробного компонента в составе местных комбинированных препаратов становится эффективным решением данной проблемы.

Следует особенно выделить общее состояние организма, принимая во внимание заболевания остальных органов и систем, врожденные дефекты (дисморфии) полости рта, носа и глотки, аллергии. Все это подводит нас к тому, что вопрос лечения заболеваний ротоглотки должен решаться с учетом возможности применения местных форм препаратов, сочетания с уже применяемыми лекарственными препаратами по поводу сопутствующих заболеваний, аллергоанамнеза и т.д. Так, например, АБТ важно проводить с учетом типа воспаления, обусловленного имеющейся в слоях слизистой оболочки патогенной, условно-патогенной в больших концентрациях микрофлоры, вирулентность которой поддерживается нарушенной трофикой и снижением местного клеточного и гуморального иммунитета. Исходя из этого, этиотропное лечение должно быть направлено на устранение патогенной, а также избыточного содержания условно-патогенной микрофлоры с помощью соответствующих бактерицидных/бактериостатических средств [15].

Важно учитывать, что активный компонент лекарственного средства должен легко доставляться в очаг воспаления, быстро там накапливаться до максимальных значений и не выходить за пределы локализации инфекции. Предпочтение должно отдаваться препаратам местного, топического действия, которые реализуют терапевтический эффект, минуя системный кровоток, и минимизируют тем самым риск возникновения системных нежелательных реакций при высокой эффективности в патологическом очаге [16].

Одним из таких высокопотенциальных препаратов является комбинированный препарат Лоротрицин®-Алиум, который благодаря наличию в составе антибактериального, антисептического и местноанестезирующего компонентов соответствует всем требованиям комплексной терапии, в чем превосходит, например, местные нестероидные противовоспалительные препараты, часто применяемые пациентами (Септолете®, Стрепсилс®, Стрепсилс® Интенсив и др.). Лоротрицин®-Алиум содержит в своем составе бензалкония хлорид – 1,0 мг, бензокаин – 1,5 мг, тиротрицин – 0,5 мг.

Тиротрицин является местным антибиотиком широкого спектра действия, не влияющим на кишечную микрофлору. Бензалкония хлорид – антисептик, который практически не абсорбируется и не оказывает резорбтивного действия, выводится почками. Бензокаин – местный анестетик, купирующий боль при глотании, которая сопровождается инфекционно-воспалительными процессами полости рта и глотки и является чаще всего основным сигналом для пациента обратиться к врачу или начать лечение самостоятельно.

Тиротрицин, получаемый из бактерий рода *Bacillus brevis*, содержит до 70–80% тироцидина (щелочного циклического декапептида) и 20–30% грамицидина (нейтрального линейного пента-декапептида). За счет активности в отношении широкого спектра грамположительных микроорганизмов и спирохет полости рта он зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний и предотвращения осложнений.

Тироцидин обладает высокой проникающей способностью в слизистую оболочку при контакте с ней, проявляя два механизма действия: подавление синтеза белка в рибосомах и нарушение действия осмотических процессов в мембране микробной клетки. Благодаря амфифильному характеру основных и циклических тироцидинов, состоящих из гидрофобных и гидрофильных частей, их легко включить в бактериальные мембраны, что повлечет утечку азот- и фосфорсодержащих веществ из мембраны бактериальной клетки, вызывая бактерицидное действие. Это действие не зависит от роста бактерий [16].

Таким образом, патогенные микроорганизмы должны изменить свой мембранный состав и организацию для достижения устойчивости, а это очень трудоемкий процесс, который дополнительно осложняется бактериостатическим действием тиротрицина, не позволяющим бактериям быстро адаптироваться и защищаться.

Что касается противовирусного действия тиротрицина, то эксперименты с суспензией в лабораторных условиях показали вирусостатическую активность вещества относительно вируса парагриппа [17].

Бензалкония хлорид проявляет бактерицидную активность в отношении стафилококков, стрептококков, клебсиеллы, синегнойной палочки, грибов, а также действует на штаммы бактерий, устойчивых к антибактериальным препаратам и химиотерапевтическим лекарственным средствам.

Благодаря высокой поверхностной активности бензалкония хлорид проникает достаточно глубоко и быстро даже в лакуны миндалин. Бензалкония хлорид относится к группе катионных поверхностно-активных антисептиков, поэтому, встраиваясь в клеточную оболочку, обеспечивает плотную фиксацию на слизистой и более продолжительное действие – до 3 ч, что позволяет достигать более быстрого клинического эффекта по сравнению с полосканием глотки различными антисептиками [13].

Комбинация антибиотика с антисептиком является более предпочтительной в связи с взаимодополняющим действием, усиливающим противовоспалительный эффект и расширяющим антимикробный спектр для достижения результата лечения.

Для решения вопроса купирования болевого синдрома и восстановления способности принимать и глотать пищу необходимо наличие в составе комплексного препарата анестетика. **Бензокаин** (сложный эфир этилового спирта) влияет на проницаемость клеточной мембраны за счет воздействия на натрий-калиевые насосы мембраны, вследствие чего происходит полное блокирование нервных импульсов. Минимальная абсорбция бензокаина является также преимуществом введения именно этого анестетика в состав комплексных препаратов, поскольку он практически нерастворим в воде. Местноанестезирующий эффект при контакте со слизистыми оболочками наступает в среднем уже через 60 с и длится 20 мин.

Эффективность и безопасность препарата с тройной комбинацией, в состав которого входят тиротрицин, бензалкония хлорид и бензокаин, имеет высококачественную доказательную базу. J. Palm и соавт. провели многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором принял участие 361 пациент. В группе применения препарата с тройной ком-

бинацией отмечали улучшение симптомов (боли и проявлений различных парестезий в глотке) через 5 мин после приема начальной дозы, которое продолжалось более 2 ч. В группе лечения препаратом через 48 ч доля пациентов с полным исчезновением симптомов составила 11,3%, в группе плацебо – 3,4%, через 72 ч от начала терапии число пациентов увеличилось до 44,6 и 27,2% соответственно. При этом общий профиль безопасности комбинации сопоставим с таковым в группе плацебо [18].

В 2018 г. группа российских специалистов из ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» провела исследование оригинального препарата, содержащего комплекс представленных выше веществ. Полученные данные выявили его способность к созданию максимальных концентраций действующего вещества за оптимальное для больного время с учетом проявления нежелательных реакций и благотворным воздействием на патологию. Сравнимые результаты у пациентов в возрасте от 6 до 18 лет определили эффективность комплексного подхода к воспалительным заболеваниям ротоглотки. У пациентов происходило значительное уменьшение налета на небных миндалинах, боли в горле, что, в свою очередь, приводило к улучшению самочувствия в меньшие сроки при комбинированной местной и системной АБТ, чем при применении только системной этиотропной терапии [16].

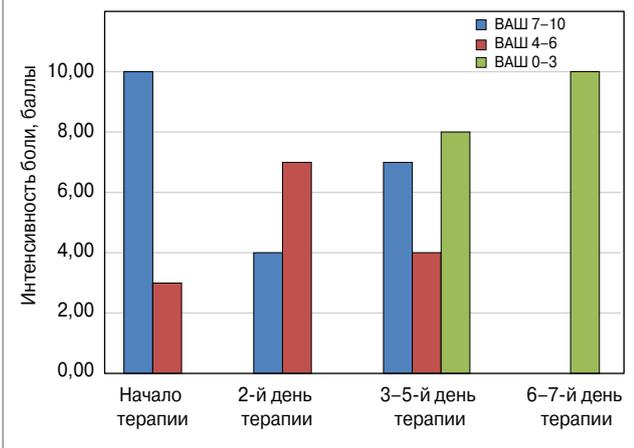
Новый препарат Лоротрицин®-Алиум (ООО «Биннофарм Групп») разработан с применением строгих требований к качеству и эффективности в соответствии со стандартами GMP на основе веществ, имеющих аналогичный состав с препаратом Доритрицин®, а следовательно, является его полным аналогом, что подразумевает сохранение схожести фармакодинамики и влияния на организм. В рамках рандомизированного открытого многоцентрового клинического исследования фазы III в 2020 г. проведено изучение эффективности и безопасности препарата Лоротрицин®-Алиум у 312 пациентов с болью в горле при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей, в том числе с фарингитом, в сравнении с плацебо и препаратом Доритрицин®. Прием препаратов и плацебо проводился по 1 таблетке каждые 3 ч 4 раза в день. Во время приема пациентам требовалось медленно рассасывать таблетку. Общая длительность лечения в группах сравнения составляла 7 дней. По результатам исследования подтверждена превосходящая эффективность исследуемого препарата Лоротрицин®-Алиум и стандартного препарата Доритрицин® над плацебо по влиянию на интенсивность боли в горле, а также продемонстрирована большая эффективность в отношении скорости исчезновения боли в горле, размера общего и максимального обезболивающего эффекта, степени уменьшения отека горла и затруднения при глотании. Медиана времени до начала местноанестезирующего действия Лоротрицин®-Алиум составила 5 мин. Анестетический эффект у пациентов из групп активного лечения наступал статистически значимо ($p < 0,0001$) раньше, чем у пациентов, получавших плацебо. По результатам анализа нежелательных явлений установлена сопоставимость профиля безопасности препаратов Лоротрицин®-Алиум и Доритрицин® с плацебо, что говорит о крайне хорошей переносимости данных лекарственных средств.

Исследования

Мы провели собственный анализ эффективности применения препарата Лоротрицин®-Алиум у 15 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с острым тонзиллофарингитом и отрицательным тестированием на БГСА.

Лоротрицин®-Алиум (таблетки для рассасывания) пациенты использовали в течение суток 4 раза каждые 3 ч, медленно рассасывая после приема пищи или за 2 ч до ее приема. Курс приема лекарственного средства составил 7 дней.

Рис. 2. ВАШ: субъективная оценка боли в горле в течение 60 мин после приема препарата (данные 15 пациентов).



Приведем конкретный клинический случай больного с острым фарингитом, которому проводилось лечение описанным препаратом.

Пациент П., 40 лет, с жалобами на сухость, жжение в горле, общее недомогание, частое покашливание, легкий насморк, чувство кома в горле, боль при глотании, температуру 37,2 °С. Считал себя больным 2 дня до момента обращения за медицинской помощью. По 10-балльной шкале боли оценены как сильные – 7 баллов. При осмотре: форма носа правильная, слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна, носовая перегородка по средней линии, незначительная отечность нижних носовых раковин, в полости носа и носоглотке прозрачный слизистый секрет. Носовое дыхание затруднено.

При фарингоскопии: гиперемия слизистой оболочки глотки, распространяется на небные миндалины, отмечается покраснение небных дужек, мелкие геморрагические высыпания на дужках, язычок мягкого неба отечен, задняя стенка глотки гиперемирована. При отоскопии патологии не выявлено. Оценка по шкале критериев Centor – 2 балла, по результатам стрептатеста БГСА не выявлен.

Пациенту назначили лечение комплексным препаратом Лоротрицин®-Алиум, санацию полости носа солевым раствором. В течение 5 мин после приема первичной дозы пациент отметил уменьшение чувства дискомфорта в горле, возобновившееся через пару часов. Пациент принимал таблетированный препарат 4 раза в день с интервалом 3 ч. В результате регулярного приема препарата к концу 3-го дня терапии отмечены значительное улучшение самочувствия и полное купирование болевого синдрома.

Эффективность препарата в группе наблюдения оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), заполняемой пациентами ежедневно, а также при осмотре на 5-й день лечения. ВАШ представляла собой отрезок длиной 10 см. Его начало соответствовало отсутствию болевого ощущения – «боли нет», а конечная точка отражала мучительную нестерпимую боль – «невыносимая боль». Пациенту предлагалось сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом отрезка («боли нет») и сделанной отметкой, описывающей боль, измеряли в сантиметрах и округляли до целого (рис. 2).

Результаты исследования выявили, что в 95% случаев эффективность лекарственного препарата Лоротрицин®-Алиум оценивалась в 10 баллов с учетом хорошей переносимости препарата. Улучшение самочувствия и снижение боли в горле при глотании наступали в течение 4–7 мин после приема препарата, улучшение самочувствия и исчезновение симптомов наблюдались на 3-й день терапии.

Заключение

По итогам анализа представленных данных и проведенного нами открытого клинического исследования можно сделать вывод, что применение препарата Лоротрицин®-Алиум в терапии пациентов с острым воспалением полости рта и глотки оказывает выраженный клинический эффект уже на 3-й день лечения: у пациентов уменьшаются боль в горле и воспалительные изменения слизистой оболочки. Благодаря комплексному составу появляется возможность использования препарата Лоротрицин®-Алиум в качестве монопрепарата, что, в свою очередь, позволяет уменьшить применение дополнительных лекарственных средств и повышает качество жизни пациентов с первых дней от начала лечения. Данная комбинация обладает высоким профилем безопасности. Побочных явлений при применении препарата, в связи с которыми вынужденно отменялось лечение, не выявлено. Переносимость препарата Лоротрицин®-Алиум оценена пациентами как очень хорошая.

Результаты исследований и клинический опыт эффективного и безопасного применения препарата Лоротрицин®-Алиум позволяют рекомендовать данное лекарственное средство как предпочтительное для широкого применения в лечении больных с инфекционно-воспалительными процессами полости рта и глотки.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источники финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациент подписал форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

- Gwaltney JM. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases. New York. 1995.
- Антипенко В.В., Блоцкий А.А. Эпидемиология хронического неспецифического тонзиллита. Сб.: Наука и практика в оториноларингологии. Материалы первой конференции оториноларингологов ДФО с международным участием. Хабаровск. 2007. С. 89-91 [Antipenko VV, Blotskii AA. Epidemiologiya khronicheskogo nespetsificheskogo tonsillita. Sb.: Nauka i praktika v otorinolaringologii. Materialy pervoi konferentsii otorinolaringologov DFO s mezhduнародnym uchastiem. Khabarovsk. 2007. S. 89-91 (in Russian)].
- Гофман В.Р., Смирнов В.С. Состояние иммунной системы при острых и хронических заболеваниях лор-органов. В кн.: Иммунодефицитные состояния. СПб.: Фолиант, 2000. [Gofman VR, Smirnov VS. Sostoianie immunnnoi sistemy pri ostrыkh i khronicheskikh zabolevaniakh lor-organov. V kn.: Immunodefitsitnye sostoiania. St. Petersburg: Foliant, 2000. (in Russian)].

4. Гострый А.В., Симонова А.В., Михайлова Н.А., и др. Хронический фарингит: этиология, патогенез, лечение. Новые подходы к оценке этиопатогенеза. *Архив внутренней медицины*. 2019;9(1):32-43 [Gostroy AV, Simonova AV, Mikhailova NA, et al. Chronic pharyngitis: etiology, pathogenesis, treatment. New approaches to the estimation of etiopathogenesis. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2019;9(1):32-43 (in Russian)]. DOI:10.20514/2226-6704-2019-9-1-32-43
5. Борисова О.Ю., Алешкин В.А., Пименова А.С., и др. Микробный состав микрофлоры ротоглотки у больных с тонзиллярной патологией. *Инфекция и иммунитет*. 2015;5(3):225-32 [Borisova OYu, Aleshkin VA, Pimenova AS, et al. Microbial landscape of microflora of a pharynx at patients with tonsillitis pathology. *Russian Journal of Infection and Immunity*. 2015;5(3):225-32 (in Russian)]. DOI:10.15789/2220-7619-2015-3-225-232
6. Гаджимирзаев Г.А. О некоторых дискуссионных вопросах по проблеме хронического тонзиллита. *Российская оториноларингология*. 2009;6(43):140-3 [Gadzhimirzaev GA, O nekotorykh diskussionnykh voprosakh po probleme khronicheskogo tonsillita. *Rossiiskaia Otorinolaringologiya*. 2009;6:140-3 (in Russian)].
7. Хронический тонзиллит. Клинические рекомендации. 2021 Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/683_1. Ссылка активна на февраль 2024 [Khronicheskii tonsillit. Klinicheskie rekomendatsii. 2021. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/683_1. Accessed: February 2024 (in Russian)].
8. Малышев М.Е., Иорданишвили А.К., Мушегян П.А., Хабирова Т.Г. Состояние секреторного иммунитета полости рта у больных с candida-ассоциированным протезным стоматитом. *Медицинская иммунология*. 2021;23(3):577-84 [Malyshev ME, Iordanishvili AK, Mushegyan PA, Khabirova TG. Secretory immune status of oral cavity in the patients with candida-associated denture stomatitis. *Medical Immunology*. 2021;23(3):577-84 (in Russian)]. DOI:10.15789/1563-0625-SIS-2230
9. Бондарева Г.П., Антонова Н.А., Чумаков П.Л. Иммуноморфологические особенности хронического тонзиллита. *Вестник оториноларингологии*. 2013;78(3):12-6 [Bondareva GP, Antonova NA, Chumakov PL. Immunomorphological features of chronic tonsillitis. *Vestnik Otorinolaringologii*. 2013;78(3):12-6 (in Russian)].
10. Винник А.В. Роль микроорганизмов в развитии хронического гингивита. *Астраханский медицинский журнал*. 2022;17(4):8-15 [Vinnik AV. The role of microorganisms in the development of chronic gingivitis. *Astrakhan Medical Journal*. 2022;17(4):8-15 (in Russian)]. DOI:10.48612/agmu/2022.17.4.8.15
11. Gursoy UK, Könönen E. Understanding the roles of gingival beta-defensins. *J Oral Microbiol*. 2012;4(1). DOI:10.3402/jom.v4i0.15127
12. Войнов В.А. Атлас по патофизиологии: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2007 [Voinov VA. Atlas po patofiziologii: Uchebnoe posobie. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2007 (in Russian)].
13. Пайганова Н.Э., Ястремский А.П. Перспективы применения антимикробных пептидов в оториноларингологии в условиях растущей антибиотикорезистентности. *Вестник оториноларингологии*. 2021;86(3):104-9 [Payganova NE, Yastremsky AP. Prospects of antimicrobial peptides application in otorhinolaryngology in conditions of increasing antibiotic resistance. *Vestnik Otorino-Laringologii*. 2021;86(3):104-9 (in Russian)].
14. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении. *Вестник оториноларингологии*. 2013;78(3):29-34 [Svistushkin VM, Mustafaev DM. Parapharyngitis, tonsillogenic sepsis: peculiarities of pathogenesis, clinical picture, and modern approaches to the treatment. *Vestnik Otorinolaringologii*. 2013;78(3):29-34 (in Russian)].
15. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing to adults with sore throat in the United States. *JAMA Intern Med*. 2014;174(1):138-40. DOI:10.1001/jamainternmed.2013.11673
16. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Меркушина А.В., Золотова А.В. Комплексная топическая терапия пациентов с инфекционно-воспалительной патологией глотки. *Медицинский Совет*. 2020;(6):44-9 [Svistushkin VM, Nikiforova GN, Merkusheva AV, Zolotova AV. Complex topical treatment of patients with infectious and inflammatory pharyngeal pathology. *Medical Council*. 2020;(6):44-9 (in Russian)]. DOI:10.21518/2079-701X-2020-6-44-49
17. Арифов С.С., Иногамов А.А. Оценка адаптационных реакций организма у больных хроническим тонзиллитом. Материалы XVII съезда оториноларингологов России: Сб. тезисов. Нижний Новгород. 2006. С. 157-8 [Arifov SS, Inogamov AA. Otsenka adaptatsionnykh reakttsii organizma u bol'nykh khronicheskim tonsillitom. Materialy XVII s'ezda otorinolaringologov Rossii: Sb. tezisov. Nizhnii Novgorod. 2006. S. 157-8 (in Russian)].
18. Palm J, Fuchs K, Stammer H, et al.; DoriPha investigators. Efficacy and safety of a triple active sore throat lozenge in the treatment of patients with acute pharyngitis: Results of a multi-centre, randomised, placebo-controlled, double-blind, parallel-group trial (DoriPha). *Int J Clin Pract*. 2018;72(12):e13272. DOI:10.1111/ijcp.13272

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.03.2024

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.04.2024



OMNIDOCTOR.RU